

Cirugía laparoscópica en cáncer ginecológico. Revisión

Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández*

RESUMEN

A pesar de la limitación de la tecnología y de evidencia científica, la cirugía laparoscópica ha tenido buen impacto en el campo de la oncológica ginecológica, es evidente que este tipo de cirugía tiene el potencial de revolucionar el tratamiento quirúrgico en el cáncer genital: sin embargo es indispensable comprobar la eficacia de las técnicas laparoscópicas antes de que sean aceptadas como alternativa terapéutica.

Palabras clave: Cáncer, linfadenectomía, laparoscopia, histerectomía, ginecología oncológica.

ABSTRACT

Even though laparoscopic surgery has some disadvantages limitations, its role in oncology gynecologic is very useful. This type of surgery has the goal of surgical treatment in genital cancer: However is important to prove the efficacy of laparoscopy techniques before they have been accepted as therapeutic alternative.

Key words: Cancer, lymphadenectomy, laparoscopy, hysterectomy, oncologic gynecology.

INTRODUCCIÓN

El uso de la laparoscopia se ha incrementado en los últimos años. Con los rápidos avances tecnológicos y quirúrgicos se puede efectuar cirugía mayor como apendicectomía, colecistectomía, histerectomías y salpingooforectomías. Cuando se desarrollaron las técnicas de linfadenectomía pélvica y paraaórtica por vía laparoscópica permitieron su uso en el campo de la ginecología oncológica.¹

Las técnicas laparoscópicas quirúrgicas se usan sistemáticamente en pacientes con cáncer cervical, endometrial y ovárico, pero su papel en el tratamiento del cáncer ginecológico está por definirse.²⁻⁴ Sus ventajas teóricas incluyen menor tiempo quirúrgico, recuperación rápida, disminución de adherencias y menor costo, esto depende de la habilidad del cirujano. La limitación con la laparoscopia es su pobre visualización, hemostasia difícil, instrumentación inadecuada o inexperiencia del cirujano; por lo tanto en toda técnica qui-

rúrgica el adecuado adiestramiento y educación son necesarios para obtener mejores resultados a largo plazo. Los procedimientos se clasifican en: mínimos, intermedios y avanzados (*Cuadro I*).^{2,4}

CÁNCER CERVICAL

El cáncer cervical es el más frecuente en México y éste se etapifica clínicamente de acuerdo a los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO),⁵⁻⁷ (*Cuadro II*). El tratamiento quirúrgico se reserva para las etapas tempranas (I-IIA); las que están con enfermedad avanzada, no susceptible de resección, por lo general se tratan por radioterapia (RT), con quimioterapia (QT) o ambas.^{2,6} En 1987, Dargent describió por primera vez la linfadenectomía pélvica en cáncer cervical temprano por laparoscopia en forma extraperitoneal y Querleu posteriormente la efectuó transperitoneal combinándola con histerectomía radical vaginal de Schauta (LARVH) como alternativa a la

* Ginecólogo Oncólogo. Médico adscrito al Servicio de Oncología, Hospital Juárez de México, SSA.



Cuadro I. Clasificación de los procedimientos laparoscópicos en ginecología oncológica.

Mínima:	Laparoscopia diagnóstica Biopsia
Intermedia:	Adheriolisis membranas Cistectomía ovárica Ooforectomía Histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente (LAVH)
Avanzada:	Transposición ovárica Linfadenectomía Etapificación HLR Hemicolectomía Otros (omectomía, esplenectomía, etc).

tradicional histerectomía radical abdominal;⁴ actualmente se han reportado 250 LARVH en todo el mundo con un promedio de supervivencia de 3 años del 95.5%, en pacientes con ganglios negativos tiempo quirúrgico de 93 minutos y cero complicaciones, todas en etapas FIGO IB y IIA. En mujeres con deseos de fertilidad se tratan con linfadenectomía pélvica laparoscópica y traquelectomía vaginal radical, conservando el cuerpo uterino, se han reportado 62 casos con 12 recién nacidos sanos

y sólo 4 recurrencias.^{1,2,4} En 1992, Canis Y Nezhat describieron por primera vez la histerectomía radical laparoscópica y hasta el momento se han publicado 100 casos, ofreciendo ventajas sobre la LARVH como son: mejor aprendizaje, buena visualización y omite el tiempo vaginal.^{3,4}

La etapa clínica es imprecisa en 30% de las mujeres en etapas avanzadas, algunos sugieren que debería efectuarse por cirugía y por vía laparoscópica, esto implica valoración bilateral de ganglios retroperitoneales y proporciona una definición más precisa de la extensión para individualizar la RT, QT o ambos; su desventaja es por la morbilidad y retraso en el tratamiento definitivo y es sólo eficaz en el 10% (1.4). Para pacientes que son candidatas a histerectomía radical se les puede realizar linfadenectomía pélvica y paraaórtica por vía laparoscópica si los ganglios son negativos se efectúa LARVH, histerectomía radical laparoscópica (HRL) o histerectomía radical abdominal clásica. Las pacientes en etapas avanzadas y ganglios positivos, los campos de radiación se pueden ampliar⁴ (*Figura 1*).

CÁNCER OVÁRICO

Este cáncer sigue siendo la principal causa de muerte en cáncer ginecológico y casi 75% se detectan en etapas avanzadas.

La etapificación se efectúa por cirugía de acuerdo a la FIGO, (*Cuadro III*).⁶ Las pacientes con tumor anexial

Cuadro II. Estadificación de la FIGO para cáncer cervical.

Estadio 0	Carcinoma <i>in situ</i> , neoplasia intraepitelial grado III (NIC III).
Estadio I	Confinado al cérvix (se debe descartar extensión al cuerpo uterino).
Estadio Ia	Diagnosticado por microscopia
Estadio Ia1	Invasión del estroma menor o igual a 3 mm en profundidad y no mayor a 7 mm en extensión.
Estadio Ia2	Invasión mayor de 3 mm y menor de 5 mm con extensión menor de 7 mm.
Estadio Ib	Limitado al cérvix.
Estadio Ib1	Tamaño menor de 4 cm.
Estadio Ib2	Tamaño mayor de 4 cm.
Estadio II	Extensión fuera del cérvix, sin llegar a la pared pélvica o afectar el tercio inferior de la vagina.
Estadio IIa	No afecta los parametrios
Estadio IIb	Afecta alguno de los parametrios
Estadio III	Se extiende a la pared pélvica. Afecta el tercio inferior de la vagina, hay hidronefrosis y riñón no funcionante.
Estadio IIIa	Sin extensión a pared pélvica.
Estadio IIIb	Extensión a pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcionante.
Estadio IV	Extensión fuera de la pelvis verdadera o infiltración vesical o rectal.
Estadio IVa	Infiltración a órganos adyacentes.
Estadio IVb	Metástasis a distancia.

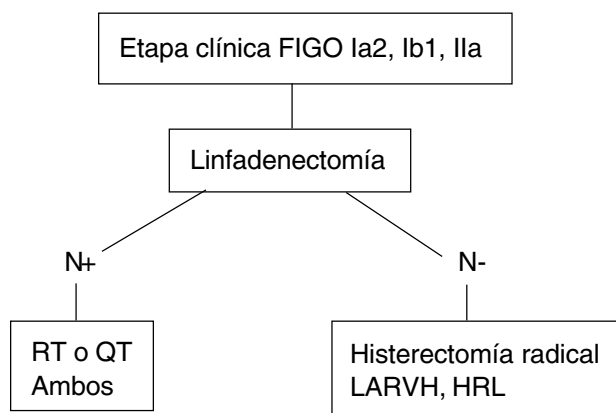


Figura I. Laparoscopia en cáncer cervical.

se deben realizar laparotomía o laparoscopia y con los métodos actuales de valoración y vigilancia como marcadores tumores CA-125, Imágenes de Doppler de flujo con ultrasonografía endovaginal disminuye la probabilidad de pasar por alto un cáncer ovárico, además el riesgo global de que una neoplasia ovárica sea maligna es de 13% en premenopáusicas y 45% en postmenopáusicas.⁶⁻⁸

Son problemas potenciales del tratamiento laparoscópico en tumores pélvicos: procedimientos quirúrgicos inadecuados, clasificación incompleta y retraso en el tratamiento definitivo. Querleu describió el primer pro-

cedimiento de clasificación quirúrgica laparoscópica en 1993.^{1,2,4}

En la actualidad las indicaciones más discutidas en pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer ovárico son: 1) estudio de un tumor anexial, 2) clasificación laparoscópica por etapas de un estadio temprano y 3) laparoscopia de "Second-Look" (S-L). Debido a los numerosos sitios de metástasis se recomienda la clasificación quirúrgica, que requiere omentectomía infracólica, lavados peritoneales, biopsias múltiples de superficies peritoneales y del diafragma así como biopsia de ganglios pélvicos y paraaórticos, se comprende que la función de la laparoscopia en cáncer ovárico es fundamentalmente diagnóstica, sin embargo en etapas tempranas se puede etapificar y efectuar el tratamiento primario; sin embargo hay preocupación en pasar por alto enfermedad metastásica.^{1,4,7,8} Hasta que se tenga más información, la laparotomía será la elección; para la laparoscopia de S-L, son candidatas aquellas con etapas avanzadas al momento del diagnóstico y que han alcanzado una remisión clínica después de la quimioterapia, y esto ha contribuido a entender mejor el comportamiento biológico del tumor, al desarrollo de QT más eficaz, sin embargo este procedimiento no modifica la sobrevida y debe efectuarse sólo si los hallazgos previstos modifican el tratamiento posterior, esta laparoscopia S-L redujo en 50% la necesidad de efectuar laparotomía, pero deben efectuarla cirujanos con amplia

Cuadro III. Estadificación de la FIGO para cáncer de ovario.

Estadio I	Crecimiento limitado a ovarios
Estadio Ia	Afectación de un ovario, lavado o ascitis negativo, sin extensión a la superficie ovárica y cápsula intacta.
Estadio Ib	Afectación de ambos ovarios, lavado o ascitis negativo, sin extensión a la superficie y cápsulas intactas.
Estadio Ic	Afectación de la superficie ovárica, o cápsula rota, o ascitis, o lavados positivos.
Estadio II	Afectación de uno o ambos ovarios con extensión a la pelvis
Estadio IIa	Afectación de útero y/o trompas
Estadio IIb	Afectación de otros tejidos pélvicos
Estadio IIc	Afectación de la superficie de uno o ambos ovarios con cápsula rota, lavado o ascitis positiva.
Estadio III	Afectación de uno o ambos ovarios con infiltración fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos, metástasis hepáticas, infiltración a epiplon o intestino delgado.
Estadio IIIa	Afectación a pélvica verdadera con ganglios negativos, infiltración microscópica en la superficie peritoneal abdominal.
Estadio IIIb	Afectación de uno o ambos ovarios con infiltración superficial al peritoneo abdominal menores de 2 cm y ganglios negativos.
Estadio IIIc	Implantes abdominales mayores de 2 cm, ganglios retroperitoneales positivos
Estadio IV	Afectación de uno o ambos ovarios con metástasis a distancia. Derrame pleural positivo, metástasis en parénquima hepático.



experiencia en técnicas laparoscópicas avanzadas en oncología ginecológica.^{1,6-8}

CÁNCER ENDOMETRIAL

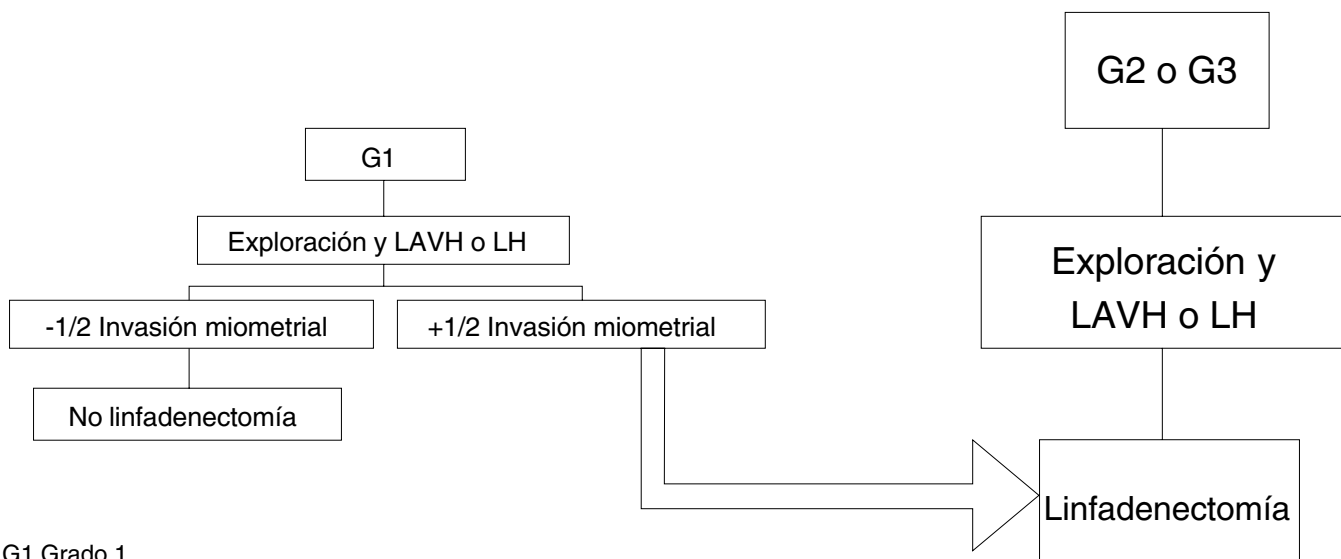
Es el cáncer más frecuente del aparato genital, con la menor tasa de mortalidad y actualmente se etapifica quirúrgicamente 80% está localizado al útero al efectuarse el diagnóstico.^{1-6,9} En la actualidad el tratamiento es quirúrgico, de manera que puedan utilizarse los resultados histopatológicos para determinar la necesidad de tratamiento adicional y consiste en histerectomía con salpingooforectomía bilateral, lavados peritoneales, linfadenectomía pélvica y paraaórtica, estos procedimientos se pueden efectuar por vía laparoscópica, sin embargo es dificultada por obesidad o adherencias que tengan las pacientes al momento de la laparoscopia, así como experiencia del cirujano y equipo utilizado, en pacientes tratadas por laparoscopia tuvieron menos complicaciones menores estancia hospitalaria y menor costo, se propone el siguiente protocolo para el manejo del cáncer endometrial por vía laparoscópica^{6,9} (*Cuadro IV y Figura II*).

Cuadro IV. Estadificación de la FIGO para cáncer endometrial.

Estadio Ia G123	Tumor limitado al endometrio.
Estadio Ib G123	Invasión menor de la mitad del miometrio.
Estadio Ic G123	Invasión mayor de la mitad del miometrio.
Estadio IIa G123	Afectación única de las glándulas endocervicales.
Estadio IIb G123	Invasión del estroma cervical.
Estadio IIIa G123	Invade la serosa y/o anexos y/o lavados o ascitis positiva.
Estadio IIIb G123	Metástasis vaginales.
Estadio IIIc G123	Metástasis pélvica y/o ganglios paraaórticos positivos.
Estadio IVa G123	Infiltración vesical y/o intestinal.
Estadio IVb G123	Metástasis a distancia con afectación intraabdominal y/o ganglios inguinales positivos.

COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS

Las más frecuentes consisten en infección, daño en asas intestinales y vías urinarias, hematomas; sin embargo su incidencia varía del 1% al 1.5%. Se ha repor-



G1 Grado 1
G2 Grado 2
G3 Grado 3
LAVH Histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente
LH Histerectomía laparoscópica.

Figura 2. Laparoscopia en cáncer endometrial.

tado metástasis en el sitio de los trócares, su incidencia varía dependiendo del tipo de cáncer y su volumen, la lesión de vasos o nervios es rara.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Querleu D, Leblanc E. *Cáncer ginecológico. Laparoscopia Ginecológica*. Gomel V, Taylor P.T. Editores. Mosby 1996: 275-96.
2. Morrow CP, Curtin JP. Minimal access surgery. In: *Gynecologic Cancer Surgery*. New York, Churchill Livingstone, 1996.
3. Monstz FJ, Schlaerth JB. Laparoscopic surgery: Does it have a role in the management of gynecologic malignancies? *Clin Obstet Gynecol* 1995; 38: 426.
4. Chi DS, Curtin JP. Cáncer ginecológico y laparoscopia. *Clin Ginecol Obstet Temas Actuales* 1999; Vol. 1: 203-17.
5. Pecorelli S, Benedet JL, Creasman WT, Shepherd JH. FIGO Staging of Gynecologic Cancer. *IJGO* 64 (1999) 5-10.
6. Piver MS. Handbook of Gynecologic Oncology. Sec. Edit. 1996.
7. Steege JF. Método laparoscópico en los tumores anexiales. *Clin Obstet Gynecol* 1994; vol. 2: 359-71.
8. Maiman M. Extirpación laparoscópica de tumores anexiales: precauciones. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 2: 355-63.
9. Fowler JM. Clasificación por etapas laparoscópica del cáncer endometrial. *Clin Obstet Gynecol* 1996; vol. 3: 617-31.

Correspondencia:

Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Colima 333
Colonia Roma México D.F. C.P. 06700
Teléfono: 5795 48 72 FAX 52 07 48 42